



**DESASTRES NATURAIS**  
**AVALIAÇÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO – ADAN-SUS/SP- C**

**Parte I (preenchimento pelo município)**

**1 – Informações Gerais**

Data da ocorrência: \_\_\_\_\_

Número relato Defesa Civil: \_\_\_\_\_

Tipo de evento:

- Enchentes       Escorregamentos ou deslizamentos       Incêndios       Rompimento de adutora  
 Enxurradas       Exaurimento de recursos hídricos       Rompimento de barragem       Vendavais ou tempestades  
 Inundações litorâneas por invasão do mar       Outros: \_\_\_\_\_

Município	UF:	Cód. IBGE:

Nome do Prestador Responsável pelo Abastecimento de Água: \_\_\_\_\_

Nome e Instituição do técnico responsável pela informação: \_\_\_\_\_

Tipo de Manancial de captação de água:

- Subterrâneo       Superficial (rio, lago, córrego)

Número de domicílios com abastecimento de água interrompido: \_\_\_\_\_

**2 – Assinale com um X as opções sobre a situação do Abastecimento Público de Água:**

**a) Nome do sistema:**

	Sem Dano	Danificado	Destruido	Inexistente
Ponto de Captação				
Adutora				
Estação de tratamento de água				
Reservatório				
Redes de distribuição				

**Tempo estimado para a normalidade de abastecimento (em horas):** \_\_\_\_\_

**b) Nome do sistema:**

	Sem Dano	Danificado	Destruido	Inexistente
Ponto de Captação				
Adutora				
Estação de tratamento de água				
Reservatório				
Redes de distribuição				

**Tempo estimado para a normalidade de abastecimento (em horas):** \_\_\_\_\_

**3 – Em caso de interrupção no abastecimento de água, assinale com um X as alternativas adotadas:**

	Carro Pipa		Embalagens adaptadas (sacos, garrafas)		Poços individuais		Água Mineral (envasada)	Outros
	Com desinfecção	Sem desinfecção	Com desinfecção	Sem desinfecção	Com desinfecção	Sem desinfecção		
Unidades de saúde								
Abrigos								
População geral								

**4 - Qual a procedência da água dos carros pipa?**

\_\_\_\_\_

Responsável pelo preenchimento  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Área técnica  
Tel.: Contato  
e-mail:

Enviar este instrumento, **em até 48 horas da ocorrência**, para Regional de Vigilância Sanitária e/ou Epidemiológica por fax ou e-mail



Parte II (preenchimento pela Regional de Vigilância)

1 - Resumo das Ações realizadas pela Regional de Vigilância

--

Responsável pelo preenchimento

Área técnica	
Tel.: Contato	
e-mail:	

Enviar este instrumento para Central/CIEVS, *em até 24 horas após recebimento*, através do e-mail: [central@saude.sp.gov.br](mailto:central@saude.sp.gov.br) ou excepcionalmente pelo FAX: (11) 3066-8132